

Passeport : A B C D E

QF:..... N° allocataire

VPTJ Vacances Pour Tous les Jeunes

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année 2022

NOM DU JEUNE :

PRENOM :

☎ :

Documents à fournir lors de l'inscription

- Dossier d'inscription dûment complété et signé ;
- Copie du carnet de vaccinations ou certificat médical (*voir fiche sanitaire point 2*)
- Copie de l'attestation carte vitale ou MSA ;
- Copie de livret de famille
- Attestation d'assurance extrascolaire / responsabilité civile individuelle ;
- 1 photo d'identité récente.
- Numéro d'allocataire CAF ou MSA ou la copie avis imposition 2021 sur les revenus 2020

Ce dossier d'inscription est valable pour l'année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre).

Nom du jeune : Prénom(s) :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Collège ou lycée fréquenté : Classe :

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

	RESPONSABLE LEGAL* Père ou Mère	Père ou Mère	Autre Conjoint ou concubin
Nom (+ Nom de naissance)			
Prénom(s)			
Adresse			
Téléphone fixe			
Téléphone portable			
Adresse mail seulement pour la diffusion des informations liées aux activités de VPTJ			
Profession			
Employeur			
Adresse de l'employeur			
Téléphone lieu de travail			

*le responsable légal est l'interlocuteur principal, le destinataire des informations et factures, le détenteur du passeport CAF.

SITUATION DES PARENTS

marié/vie maritale célibataire divorcé séparé veuf pacsé

ASSURANCE (joindre attestation)

Assurance extrascolaire : Numéro de contrat :

Votre enfant est-il autorisé à partir seul ? Entre 12h et 14h et 17h 18h

oui non

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (en cas d'impossibilité de joindre les parents)

Nom - Prénom	Lien de parenté	Téléphone

PERSONNES HABILITEES A RECUPERER LE JEUNE

Nom - Prénom	Lien de parenté	Téléphone

REGIME SOCIAL

- Régime général ; Régime agricole (MSA) ;
 Autre :

Numéro d'allocataire CAF ou MSA (joindre justificatif) :
(Ou joindre copie avis imposition 2019 sur les revenus 2018).

AUTORISATION DE BAINNADE

Dans le cadre des activités de l'accueil, je soussigné, autorise mon enfant à participer aux activités aquatiques (y compris la baignade) sous la responsabilité du Directeur et du Maître-Nageur Sauveteur.

Pour toute activité spécifique (aviron, canoë, nage en eau vive, voile) et pour les mini camps, un test validé d'aisance aquatique, préalable à la pratique d'activités nautiques et aquatiques, sera demandé.

Fait à Le Signature du responsable légal

DROIT A L'IMAGE

J'autorise la reproduction ou la diffusion de la (ou des) photographie(s) prise(s) ou vidéos représentant mon enfant, pour les usages suivants :

Expositions relatives aux activités de la structure, plaquettes, affiches, site web de la CAB, presse locale.

Fait à Le Signature du responsable légal

APPROBATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Le jeune et son représentant légal déclarent avoir pris connaissance et acceptent le règlement intérieur de VPTJ.

Nom du représentant légal
Nom du ieune

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1- ENFANT

Nom Prénom
Date de naissance Garçon Fille

2- VACCINATIONS

Joindre une **photocopie du carnet de vaccinations de l'enfant**.

Seul le DT Polio est obligatoire. Date de vaccination

Si l'enfant n'a pas reçu les vaccins obligatoires, joindre alors un **certificat médical de non contre-indication**.

3- RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant, avec la notice*).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance !

Quelles maladies l'enfant a-t-il déjà eues ?

Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme Scarlatine
 Coqueluche Otite Rougeole Oreillons

Quelles allergies l'enfant présente-t-il ? **Si Projet d'Accueil Individualisé, informer la direction.**

Asthme médicament alimentation autre

Préciser éventuellement la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
Votre enfant fait-il l'objet d'un suivi médical spécifique ? si oui lequel ?

.....
Fournir, un certificat médical en cas d'inaptitude à la pratique d'activités sportives.

Votre enfant est-il en situation de handicap ? Oui Non

Si oui a-t-il un suivi particulier ?

IME CMP SESSAD RELAIS ARI ULIS AUTRES :

Accepteriez-vous que l'ALSH prenne contact avec cette institution ? Oui Non

Si oui, nom de la personne référente et coordonnées :

4- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

L'enfant porte : des lunettes des lentilles des prothèses auditives

Des prothèses dentaires autre

Précisions :

5- MEDECIN TRAITANT (*facultatif*)

Nom du médecin Téléphone

6- AUTORISATION INTERVENTION accident grave

Je soussigné, (nom prénom)tuteur légal du jeune.....

(Nom, prénom de l'enfant), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du centre à présenter le jeune à un médecin. J'autorise le médecin à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires, en cas d'urgence médicalement justifiée par l'état du jeune, notamment tout examen, investigation et intervention, y compris hospitalisation et anesthésie générale.

Fait à.....le signature du responsable légal